

Il /La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore** **Soggetto che esercita la potestà genitoriale**

dell'alunno/a

(cognome e nome alunno/a)

nato/a il a

frequentante nell'anno scolastico /..... la classe

della Scuola

dichiara

ai sensi del protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e U. S. R. - per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola [MIUR.AOODRLO.REGISTRO UFFICIALE(U). 0019593 del 13-09-2017]

(Art. 3)

- di essere consapevole che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata da personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco / i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra, da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico le eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
- Autorizzare, se del caso, l'auto-somministrazione (di cui al punto D)*

CHIEDE

- che sia somministrato al minore sopra indicato i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica Allegata (**)
- che il minore stesso possa procedere alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato come da certificazione medica allegata (**)

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili: Medico Curante dr. tel

Genitori tel

In fede.

Data,

Firma del genitore

Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e U. S. R. - per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola [MIUR.AOODRLO.REGISTRO UFFICIALE(U). 0019593 del 13-09-2017]

() Punto B - La Certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico.**

La certificazione dello stato di malattia redatta dal Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata) ai fini della presa in carico della richiesta dei Genitori al Dirigente Scolastico, deve esplicitare:

- La assoluta necessità della somministrazione con riferimento alla tempistica e posologia della stessa;
- Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Il Piano terapeutico – parte integrante della Certificazione dello stato di malattia redatta dal Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata) conterrà necessariamente:

- Nome e cognome;
- Nome commerciale del farmaco;
- Principio attivo del farmaco;
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi) e di conservazione del farmaco, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto; (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/dei farmaco/i (FI);
- Durata e tempistica della terapia;
- L'indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi.

(*) punto D

Autosomministrazione

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome.....

Data di nascita Residente a

in via Telefono

Classe della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico

Piano terapeutico del farmaco da somministrare

Stato di malattia certificato.....

Nome commerciale del farmaco e principio attivo

Forma farmaceutica.....

Modalità di somministrazione Dosaggio.....

Orario: Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico)

dal..... al.....

Capacità di autosomministrazione perché paziente istruito.....SI NO

Terapia di mantenimento:

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

Modalità di conservazione del farmaco:

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

Data

Timbro e firma del Medico